Ergebnisse der

Rektoskopie-Untersuchungen

bei stationären und ambulanten Patienten

HELMUT GOLZ

1980

1982

AUS DER CHIRURGISCHEN ABTEILUNG DES

ST. ANTONIUS-HOSPITALS IN KLEVE

CHEFARZT: PROF. DR. MED. E. MARX

FMA

)PIE-UNTERSUCHUNGEN BEI

IBULANTEN PATIENTEN

ERTATION

EINES DOKTORS DER MEDIZIN

EN FAKULTÄT DER

! DÜSSELDORF

GT VON

! GOLZ

8 0

Golz, Helmut

Ergebnisse der Rektoskopie-Untersuchungen bei stationären und ambulanten Patienten.

1980. 21 S. 8°
Düsseldorf, Univ., Med. Fak., Diss. v. 1982

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

GEDRUCKT MIT GENEHMIGUNG DER MEDIZINISCHEN

FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

DER DEKAN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER

UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

GEZ.

PROF.DR.MED. MANFRED STRAßBURG

REFERENT

GEZ.

PROF. DR. MED. E. MARX

KOREFERENT

GEZ.

PRIV.DOZ.DR.MED. D. LOOSE

MEINER FRAU UND MEINEN KINDERN

SOWIE HERRN PRIV. DOZ. DR. MED. G. DÖHNERT, CHEFARZT DER PATHOLOGISCHEN ABTEILUNG AM ST. ANTONIUS- HOSPITAL KLEVE, DER MIR ANREGUNG UND VERMITTLUNG ZU VORLIEGENDER ARBEIT GAB, GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538105_0051

HIERMIT VERSICHERE ICH EIDESSTATTLICH, DIE VORLIEGENDE ARBEIT AUFGRUND EIGENER UNTERSUCHUNGEN UND OHNE UNERLAUBTE HILFE ANGEFERTIGT ZU HABEN.

SIE WURDE NOCH VON KEINER ANDEREN FAKULTÄT ABGELEHNT!

DAS BENUTZTE SCHRIFTTUM WURDE VOLLSTÄNDIG ANGEGEBEN.

K L E V E, DEN 1. MÄRZ 1981

MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

DEKAN: PROF.DR.MED.MANFRED STRAßBURG

1. BERICHTERSTATTER: PROF.DR.MED.E. MARX

2. BERICHTERSTATTER: PRIV.DOZ. DR. LOOSE

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

TITEL	SEITE
I. EINLEITUNG	1
Digitale Untersuchung / Material	4
Vorbereitung zur endoskopischen Untersuchung	5
Lagerung	6
Rektoskope	6
Zusatzinstrumente	7
Technik der Rektoskopie-Untersuchung	7
II.METHODIK	8
Vorbereitung zur Rektoskopie / Zur Rektoskopie verwendete Geräte / Untersuchungsvorgang	9
III.HAUPTTEIL	1o
Tabellenangaben 11 -	13
DISKUSSION 13 -	18
ZUSAMMENFASSUNG	18
1.Ziel der Arbeit	18
2.Material und Ergebnis der Untersuchungen	18
3.Schlußfolgerung	2o
LITERATURVERZEICHNIS	21ff

I. EINLEITUNG

Die Indikation zur proktologischen Untersuchung ist gegeben bei Auftreten von Schmerzen im Anorektalbereich, bei Abgang von Blut oder Schleim aus dem Anus, bei Störungen der Stuhlgewohnheiten.
Die Rektoskopie gehört außerdem zu jeder röntgenologischen Untersuchung des Dickdarmes, da sich feinste Veränderungen im Rektum, z. B. stecknadelkopfgroße Polypen, beginnende infiltrative Prozesse oder eine Proktitis nur endoskopisch feststellen lassen. (1)
Die Untersuchung gliedert sich in:
a) Inspektion der Analregion,
b) Digitaluntersuchung und
c) Endoskopie. (1)

Proktologische Untersuchungen wurden bereits 4 5oo Jahre vor Christus im alten Ägypten praktiziert; digitale Untersuchungen gab es schon im Mittelalter, wie Bilder aus dem 14. Jahrhundert in der Bibliothek von Leyden zeigen.
Das erste Rektoskop, ein Universalendoskop mit Kerzenbeleuchtung, wurde 181o von BOZZIM in Wien angewendet.(2)
Ein weiteres Rektoskop wurde 181o vom Pariser Chirurgen DÉSORMEAUX entwickelt; es war ein dünnes, mit einer Spirituslampe versehenes Metallrohr. (3)
Um die Jahrhundertwende entstanden größerkalibrige Instrumente. Das starre Rohr hat sich bis heute bewährt.
Als Lichtquelle dienen Kaltlichtfontänen mit Lichtübertragung über Glasfaserkabel. (4, 5, 6, 7, 8)

Die Rektoskopie ist die weitestverbreitete endoskopische Untersuchung. Sie wird von Vertretern der verschiedensten Fachdisziplinen ausgeübt: von Chirurgen, Internisten, Dermatologen, Urologen, Gynäkologen, Pädiatern und Ärzten für Allgemeinmedizin.

Viele Indizien sprechen dafür, daß die weitaus überwiegende Zahl der Dickdarmkarzinome aus adenomatösen Polypen, die mehr als zwei Drittel der endoskopisch gesehenen Polypen ausmachen, entstehen. Die Polypektomie während der Rektoskopie wie auch Coloskopie dürfte daher die effektivste Methode der Dickdarmkrebs- Prophylaxe sein.

Der Okkult- Bluttest wird in verschiedenen Variationen (Haemoccult, Hemo Fec-, Colo Rect- und Feca- Test) in vielen Ländern als Suchmethode für das Dickdarmkarzinom eingesetzt. Die Quote der falsch- negativen Resultate ist beträchtlich, bei Dickdarmkarzinomen erreicht sie 3o % und bei Darmpolypen 5o % und mehr. (9, 1o, 11) Dabei erwiesen sich Colo- Rect- und Feca- Test als die empfindlicheren und somit zuverlässigeren Tests. (11) Unterschiedlich hoch ist die Rate der falsch- positiven Testergebnisse, die zum Teil auf Beeinflussung durch bestimmte Substanzen zurückzuführen sind, z. B. auf Ascorbinsäure, Cimetidin, Hämoprotein der Nahrung.(11,12) Dennoch, die Okkult- Bluttests sind einfach und billig. Was nottut, ist die Entwicklung empfindlicherer (Nachweisgrenze 3 bis 5 ml Blut) und ausreichend spezifischer Tests; es erscheint möglich, daß die Suchtests auf immunologischer Basis bessere Resultate liefern.(1o, 11)

Für proktologische Erkrankungen lassen sich aus einer gezielten, sorgfältig erhobenen Anamnese in den meisten Fällen wegen typischer Symptome sichere Hinweise auf die Diagnose gewinnen. Besonders sind Fragen wichtig nach folgenden Symptomen:

a) Blutungen (Häufigkeit, Charakter, Aussehen des Blutes - hellrot, dunkel, Teerstuhl -; bei Frauen in Zusammenhang mit der Menstruation Menge des beobachteten Blutes, dem Stuhl aufgelagert, beigemischt oder am Toilettenpapier.

b) Schmieren (Lokalisation und Intensität, Charakter, Zusammenhang mit Defäkation), brennende Schmerzen während der Defäkation und bis zu Stunden danach anhaltend sind typisch für die akute Analfissur; der nach einem Intervall einsetzende Spätschmerz ist fast pathognomisch für die inkomplette Fistel.

c) Defäkation (Häufigkeit, Konsistenz, Farbe und Beimengungen ((Blut, Schleim, Eiter)) des Stuhls); plötzliche oder zunehmende Änderungen der Stuhlgewohnheiten können wichtige Hinweise auf ein Carcinom sein; Koliken; Bleistiftstuhl (z. B. bei Tumoren) oder funktionelle Stenosen (z. B. Sphinkterkrampf) im BEreich des Anorektums.

d) Knotenbildungen ; plötzlich auftretende, sehr schmerzhafte Knoten am äußeren Analrand sind typisch für Perianalthrombosen; bei länger bestehenden derben, äußeren Knoten muß man sehr seltene Analcarcinome in Betracht ziehen. Schweregefühl, Druck, Nässen, Wundsein, Juckreiz, mit der Defäkation oder spontan prolabierende Knoten, Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung,

Beschmutzen von Unterwäsche sind typische Hinweise auf Haemorrhoiden II. und III. Grades. Wichtig ist die Frage nach Einnahme von Laxantien - welche Art und welche Mengen. Welche Gründe haben zum Laxantiengebrauch geführt; Kost, Lebensgewohnheiten. (1, 13, 14, 15, 16)

e) Protokoll- Vordruck. Zur Befunddokumentation eignen sich Vordrucke nach folgendem Schema (auf diesen Bögen können auch anamnestische und therapeutische Hinweise fixiert werden). (1)
(s. Tab. 1a / 1b / 1c)

Digitale Untersuchung

Material: großer Fingerling aus Plastik; kleiner Gummifingerling; Vaseline;

Die digitale rectale Untersuchung erfolgt am zweckmäßigsten bei Lagerung des Patienten in Knie- Ellenbogenlage. Nach leichtem Spreizen und Palpieren der Analregion wird der mit einem Gummifingerling geschützte, eingefettete Untersuchungsfinger in den Analkanal eingeführt. Der Patient sollte vorher über den Untersuchungsvorgang informiert sein. Unter Rotation des Fingers um 360 ° wird der Analkanal ausgetastet, hierauf in gleicher Weise die Ampulla recti. Die Untersuchung dient zur Beurteilung des Sphinktertonus' sowie der Diagnose von Tumoren im Analkanal und in der Ampulla recti. Haemorrhoiden sind normalerweise nicht tastbar, lediglich fibrosierte oder thrombosierte innere Knoten, die durch ihre Konsistenz oder Schmerzhaftigkeit auffallen.

TABELLE 1a

AUFTRAGSBOGEN UND UNTERSUCHUNGSPROTOKOLL

Briefkopf

Gewünschte Unters.: Personalien des Pat.

Digitale Unters.:
Anoproktoskopie:
Rektosigmoidoskopie:
Koloskopie(tiefe,part.,tot.):

Zur Anamnese:

Beschwerden:

Blutungen: Massiv/mit Stuhl vermischt/Stuhl aufgelagert/ nach dem Stuhlgang/am Papier/okkult/ während der Periode

Stuhlgang: Seit wann Stuhlunregelmäßigkeiten: Verstopft/kleinknotig/breiig/dünnflüssig/ Bleistiftstuhl/bandförmig.Immer/ häufig/ gelegentlich
Farbe des Stuhles:
Würmer,Wurmglieder,Schleim- Fibrinabgänge:

Gewichtszunahme: Antikoagulantien:
Gewichtsverlust: Abführmittel:

Untersuchungsbefund:

Gewicht: Größe: Ikterus: Oedeme:

Abdomineller Tastbefund:

Leber: Lokalisierter Druckschmerz:
Abdominelle Resistenzen:
Sonstiger körperlicher Befund:

Sonogramm:

Röntgenbefund:

Laborbefunde:

Hbg.:	HTK:	Leuko:	Quick:	PTT:
BKS:	Eisen:	Kupfer:	Thrombo:	CEA:
AP:	µ-GT:	Bili:	SGPT:	SGOT:

Weitere Laborbefunde:

Kontrolle des Befundes vom: Histol. Unters.- Nr.:

Damaliger Befund:

Verdachtsdiagnose:

Fragestellung:

TABELLE 1b

Praemedikation:

Proktologischer / endoskopischer Befund:

Beurteilung:

PE, Schlingenbiopsie (cm- Angabe):

Foto (Dia, Papier, Polaroid):

Histologie:

Gesamtbeurteilung:

Therapievorschlag:

Kontrolluntersuchung erforderlich am:

Unterschrift des Untersuchers: Datum:

Befundbogen für Notfallkoloskopie und endoskopische Polypektomie (Firmenvordruck EKAHA Edler & Krische)

Notfallrektoskopie

Medikamente:

Antirheumatikum ☐

Antikoagulans ☐

Kortikosteroid ☐

Antihypertensivum ☐

Name des Medikaments

_____

Haematemesis ☐

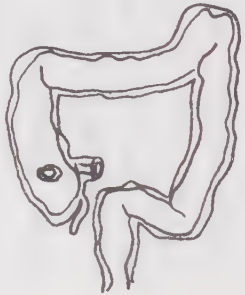
Melaena ☐

Frühere Blutung oder vermutete Blutungsquelle:

_____

Schriftl. Befund: s. Rücks.

Zeichnung: bei umschriebenen Blutungsquellen



Verlauf:

Therapie:

Konservativ ☐

Operativ ☐

Letal ☐

Rezidiv ☐

Heilung ☐

Operative Verifikation:

ja ☐

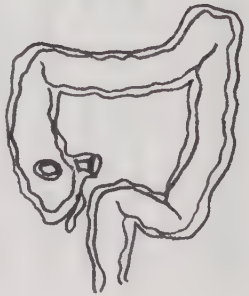
nein ☐

Endoskopische Polypektomie

Zahl:

Größe (cm):

Form:



Papillenhypertrophien werden fälschlicherweise oft für Haemorrhoiden, eingelegte Pessare oder Ringe und Skybala in der Ampulla recti für Tumoren gehalten. (1)

Vorbereitung zur endoskopischen Untersuchung

Die Inspektion der äußeren Analregion, die digitale Untersuchung und die Proktoskopie sind ohne Vorbereitung des Patienten durchzuführen.

Rekto - Sigmoidoskopie

Zur Vorbereitung des Patienten für die Rektoskopie verwenden wir die " salinischen 1 x Klysmen " (Pfrimmer, Erlangen). Bei ihrer Verwendung ist bei 9o - 95 % aller Patienten der Darm bis hinauf zur linken Flexur optimal gesäubert. Ein akuter Schub der Colitis ulcerosa läßt sich ohne Vorbereitung besser erfassen (eitrig - blutige Beläge). Tagelange Vorbereitungen mit Laxantien, Spezialdiäten und hohen Einläufen entfallen. Etwa 15 - 2o Minuten nach dem Klysma entleert sich der Patient. Die Untersuchung sollte innerhalb der ersten 15 - 2o Minuten erfolgen, weil sonst Darminhalt aus höheren Abschnitten des Colons nachläuft.

Eine Praemedikation zur Rektoskopie ist in der Regel nicht erforderlich. Bei ängstlichen Patienten empfiehlt sich eine Gabe von 1o - 2o mg Valium (Diazepan / Hoffmann La Roche / Grenzach) i. v. oder 5o - 1oo mg Dolantin spezial (Hoechst / Frankfurt) i. v., da sonst für die Untersuchung die " passive Mitarbeit " des Patienten nicht gewährleistet ist. Bei sehr spastischem Colon sollten Spasmolytica (z. B. Buscopan / Boehringer / Ingelheim)

i. v. gegeben werden, um eine Beurteilung aller blinden Stellen in spastisch kontrahierten Falten auf ein Minimum zu reduzieren, oder die Untersuchung sollte unter stationärer Beobachtung in Kurznarkose durchgeführt werden. (17, 18, 19, 2o)

Lagerung

Der Zugang zum Rectum kann auf dreierlei Arten erfolgen:
a) im Knien (Knie- Ellenbogenlage, Knie- Brustlage);
b) in Rückenlage (Steinschnittlage);
c) in Seitenlage (linke Seitenlage, Sinusposition);

Eine optimale proktologische Untersuchung hängt weniger von der Art der Lagerung, sondern viel mehr in erster Linie von der Ausbildung und Erfahrung des Untersuchers ab. Jede einzelne Lagerung hat gewisse Vor- und Nachteile (1, 4, 6, 14, 17). Wir untersuchten die Patienten in Knie- Ellenbogenlage und in Steinschnittlage.

Rektoskope

Das Standardinstrument für die Rekto- Sigmoidoskopie ist 3o cm lang und hat einen Durchmesser von 2 cm. Daneben existieren Kinder- Rektoskope (2o cm / Ø etwa 1 cm) sowie Operations- Rektoskope. Es werden auch Rektoskope und Proktoskope mit Einmalgebrauchstuben angeboten. Die Plastiktuben werden über eine Steckverbindung auf Griff und Kaltlichtbeleuchtung aufgesetzt.

Zusatzinstrumente

1.) Sonden zur Fistelsondierung;
2.) Tupferträger mit Greifbranchen;
3.) Saug- Spülvorrichtung nach ROSCHKE (ein elektronisch gesteuertes Gerät, mit dem man gleichzeitig spülen und saugen kann);
4.) Biopsiegeräte verschiedener Typen (mit Zangen mit isoliertem Schaft lassen sich blutende Gefäße gleichzeitig koagulieren);
5.) Lupen;
6.) Zur Fotodokumentation Polaroid- Kamera oder Kleinbild- Kamera, als Aufsatz- Kamera zu verwenden;

Technik der Rektoskopie- Untersuchung

Nach entsprechender Lagerung wird das Gerät in den Anus eingeführt. Der Analkanal verläuft schräg in Richtung auf den Bauchnabel. Diese Strecke muß blind passiert werden. Das Instrument wird bei Überwindung dieses Bereiches mit dem Obturator eingeführt, der unmittelbar nach Passieren des Analkanals wieder entfernt wird. Um die Ampulle zu überblicken muß der Rektoskopgriff je nach Lagerung stark nach ventral oder dorsal gesenkt werden. Das Sigma beginnt relativ konstant bei 14 - 15 cm. Der Sigmaverlauf ist großen individuellen Variationen unterworfen. Ist der Winkel zu spitz, kann das Vordringen in das Sigma auch für den Geübten unmöglich sein. Auch bei starken Beschwerden bei der Überwindung des recto- sigmoidalen Übergangs sollte die Sigmoidoskopie nicht erzwungen werden.

Bei wichtiger Indikation kann eventuelle auf eine Untersuchung mit einem flexiblen Coloskop ausgewichen werden.

II. METHODIK

In der vorliegenden Arbeit wertete ich die Patientendaten aus, die in den Jahren 1972 bis 1980 innerhalb der chirurgischen Ambulanz und der stationären Behandlung in einem großen Allgemeinkrankenhaus (St. Antonius- Hospital Kleve) sowie in meiner eigenen Praxis von Anfang 1979 bis Ende 1980 ermittelt wurden.
Dazu sichtete ich zunächst einmal sämtliche Ambulanzkarten und Krankenblätter, wobei sich bei einer Gesamtzahl von 42. 351 Behandlungsfällen insgesamt 1. 897 (= 4, 5 %) Rektoskopien befanden. Kontroll- Rektoskopien, bei mehreren Patienten mehrmals durchgeführt, wurden dabei nicht mitgezählt.
Ich entnahm dann den Ambulanzkarten und Krankengeschichten des Krankenhauses sowie den Ambulanzkarten aus meiner eigenen Praxis die von mir benötigten Daten und legte für jeden dieser Fälle eine Karteikarte an, die folgende Angaben enthielt:

a) Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
b) Befund bei der Rektoskopie
c) Durchführender Arzt der Rektoskopie (Facharzt für Chirurgie; Assistenzarzt der Chirurgie ; Facharzt der Inneren Medizin ;)
d) Histologische Befunde
e) Endgültige Diagnose
f) Art der Behandlung

Indikation zur Rektoskopie waren " jede anale Blutung, Diarrhoe, Obstipation, Änderung der Stuhlgewohnheiten, Tenesmen, Schleim- und Eiterabgänge, Tumorsuche und Krebs-Früherkennungsuntersuchungen bei Patienten mit einem Alter von über 35 Jahren.

Eine korrekte Untersuchung besteht aus äußerer Inspektion und Palpation, digitaler Tastuntersuchung sowie Prokto- und Rektoskopie.
Eine wichtige Vorinformation kann die äußere Inspektion bieten; Analekzeme, Rhagaden, Kondylome, äußere Fisteln, perianale Thrombosen, Marisken, Fissuren, prolabierte Haemorrhoidalknoten, Poylpen, Analkarzinome und Abszesse können so bereits diagnostiziert werden. Wenn man den Patienten danach kräftig pressen läßt, können oft prolabierende Haemorrhoiden, Anal- und Rektumprolapse sowie prolabierende Polypen sichtbar werden. (21)

Vorbereitung zur Rektoskopie

Der Patient erhält etwa 1 Stunde vor der Untersuchung einen Einlauf mit einem käuflichen salinischen Klysma.

Zur Rektoskopie verwendete Geräte

Ein starres Rektoskop von 3o cm Nutzlänge mit Obturator und Glasfenster, eine Lichtquelle mit Lichtkabel, ein kleiner Blasebalg zum Aufblähen des zusammengefallenen Darmes, eine Zange zur Biopsie und Tupferhalter.

Untersuchungsvorgang

Die Untersuchung erfolgt nur bei jungen Patienten in der

Knie- Ellenbogenlage z. B. auf einem Kipptisch. Alle anderen Patienten, insbesondere alle in ihrer Beweglichkeit eingeschränkten Patienten werden in Linksseitenlage oder Steinschnittlage untersucht, wobei ein Kissen unter das Gesäß geschoben wird.
Nach Einführen des Rektoskopes mit dem Obturator durch den Analkanal wird der Obturator herausgezogen und das Rohr durch ein Glasfenster verschlossen. Das Rektoskop wird unter rotierenden Bewegungen nach kranial vorgeschoben, wobei es sehr schwer einsehbare Regionen wie die dorsale Darmwand im Ampullenbereich und die ventrale Darmwand im Bereich des recto- sigmoidalen Knicks sorgfältig abzusuchen gilt. Spastische Engstellen werden dabei mit Luftinsufflation überwunden. Nach erforderlicher Biopsie- Entnahme und nochmaliger Kontrolle wird das Rektoskop wieder entfernt.
Die Untersuchung wird abgeschlossen mit einem Befundbericht, dessen wichtigste Angaben die Lokalisation der pathologischen Veränderungen, insbesondere ihre Ausdehnung nach kaudal betrifft. Das Duplikat des Befundberichtes wird mitsamt dem Biopsiematerial dem Pathologen zugesandt.

III. HAUPTTEIL

Die Literatur über die Rektoskopie hat einen beträchtlichen Umfang angenommen. Die Resultate dieser wichtigen Untersuchung ermöglichen die Auswertung im Hinblick auf die Krebsvororge. Die Anteile der Rektum- und Sigmakarzinome mit Sitz oberhalb der Fingerreichweite sind nach ROSCHKE und KRAUSE mit 1, 39 % angegeben. (24)

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen in Kleve und in meiner eigenen Praxis sind nachfolgend beschrieben. Rektoskopiert wurden insgesamt 1. 897 Patienten. Dabei ergab sich ein Anteil von Männern mit 1. o21 (= 53, 8 %) und von Frauen mit 876 (= 46, 2 %) .

	1. 897		
♂	1 o21	876	♀
%	53, 8	46, 2	%

Unterteilt in ambulante und stationäre Untersuchungen, ergab sich bei den Männern ein Anteil von 26, 8 % ambulanten und 27, o % stationären, bei den Frauen ein Anteil von 2o, 2 % ambulanten und 26, o % stationären Fällen. Hierbei wurden auch die Kontroll- Rektoskopien mit erfaßt.

♂	Amb.	484	+	25 Kontr.	=	5o9	= 26, 8 %
	Stat.	496	+	16 Kontr.	=	512	= 27, o %
♀	Amb.	359	+	25 Kontr.	=	384	= 2o, 2 %
	Stat.	472	+	2o Kontr.	=	492	= 26, o %
	Gesamt	1811	+	86 Kontr.	=	1 897	= 1oo, o %

Verteilt auf die untersuchenden Ärzte der einzelnen Fachrichtungen ergaben sich folgende Anteile:

Chirurgische Fachärzte	amb.	stat.	gesamt
Chefarzt	364	478	842
Oberärzte	198	217	415
Chirurg. Assistenzärzte	84	3o9	393
Internist	247	---	247
Gesamt	893	1 oo4	1 897

Die bei den Rektoskopien erhobenen Befunde ergaben, nach Männern und Frauen unterteilt, den in der nachfolgenden Tabelle dargelegten Überblick:

Untersuchungsbefunde	Männer	Frauen	Gesamt
Ohne Befund	435	394	829
Blutung	3o9	284	593
Haemorrhoiden	144	124	268
Polyp	189	136	325
Fissur	154	93	247
Rectum- Carcinom	84	85	169
Villöses Adenom	11	3	14
Condylomata	9	2	11

In den nachfolgenden Tabellen 2 und 3 wird aufgeführt, wie sich die bei Männern und Frauen erhobenen Untersuchungsbefunde auf die einzelnen Lebensabschnitte verteilen.

Die Tabellen 4 und 5 zeigen in graphischer Darstellung die prozentualen Anteile der Untersuchungsergebnisse bei 876 rektoskopierten Frauen und 1 o21 rektoskopierten Männern.

Die Tabellen 6 und 7 zeigen,ebenfalls in graphischer Darstellung, im Vergleich die prozentualen Anteile der Rektoskopiebefunde Männer / Frauen und zwar einmal die Ergebnisse von M.BERGMANN u. CHRISTEL ENGEL (25) ((Tab.6)) und zum anderen die Ergebnisse der eigenen Studien (Krankenhaus Kleve / eigene Praxis) ((Tab.7)).

TABELLE 2 (Männer)

Alter	Ohne Bef.		Blutungen		Haemorrh.		Polypen		Fissuren		Rect.- Ca.		Vill.Adenom		Condylome		Gesamt
	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
1 - 1o	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
11 - 2o	2	4	3	7	-	2	-	1	1	3	-	1	-	-	-	-	24
21 - 3o	14	9	6	13	3	9	2	2	5	9	-	-	-	-	-	3	75
31 - 4o	19	23	21	18	8	13	7	4	12	14	-	1	-	-	-	3	143
41 - 5o	61	37	18	36	7	22	12	14	13	26	-	5	1	-	-	1	253
51 - 6o	69	38	25	36	8	27	24	19	13	13	3	6	1	7	-	1	284
61 - 7o	36	27	32	25	17	17	22	27	17	16	3	13	-	1	-	-	253
71 - 8o	25	49	11	29	4	6	15	21	5	6	4	23	1	4	-	1	2o4
81 - 9o	6	14	8	21	-	1	8	11	1	-	4	21	1	1	-	-	97
91 - 1oo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	---
Gesamt	233	2o2	124	185	47	97	9o	99	67	87	14	7o	4	7	-	9	1 335
	435		3o9		144		189		154		84		11		9		1 335

TABELLE 3 (Frauen)

Alter	Ohne Bef.		Blutungen		Haemorrh.		Polypen		Fissuren		Rect.- Ca.		Vill.Adenom		Condylome		Gesamt
	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
1 - 1o	1	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5
11 - 2o	1	12	-	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	19
21 - 3o	12	15	9	1o	2	4	1	1	6	2	-	1	-	-	-	1	64
31 - 4o	19	9	5	13	1	7	1	5	2	1o	-	-	-	-	-	-	72
41 - 5o	39	37	14	24	5	19	4	9	5	9	3	4	-	-	-	1	173
51 - 6o	37	46	3o	37	15	19	11	16	7	13	3	16	-	-	-	-	25o
61 - 7o	34	46	18	48	9	18	17	32	1o	12	4	19	-	1	-	-	268
71 - 8o	27	38	19	37	6	12	1o	19	7	6	3	23	-	2	-	-	2o9
81 - 9o	4	16	4	11	2	4	3	6	-	-	-	6	-	-	-	-	56
91 - 1oo	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	-	5
Gesamt	174	22o	1oo	184	41	83	47	89	37	56	13	72	-	3	-	2	1 121
	394		284		124		136		93		85		3		2		1 121

Tabelle 4

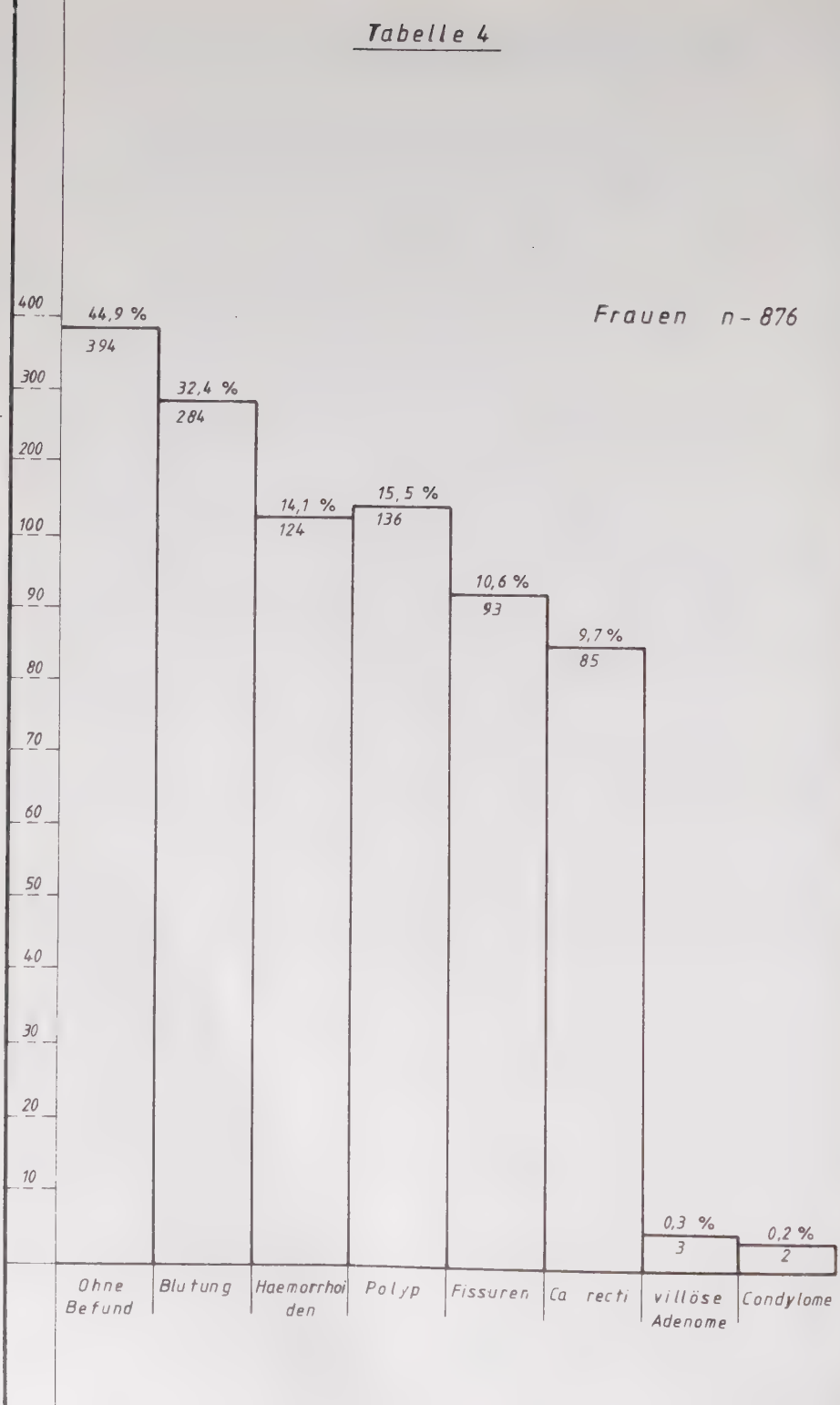

Frauen n - 876
400
300
200
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
44,9 %
394
32,4 %
284
14,1 %
124
15,5 %
136
10,6 %
93
9,7 %
85
0,3 %
3
0,2 %
2
Ohne Befund
Blutung
Haemorrhoiden
Polyp
Fissuren
Ca recti
villöse Adenome
Condylome

Tabelle 5

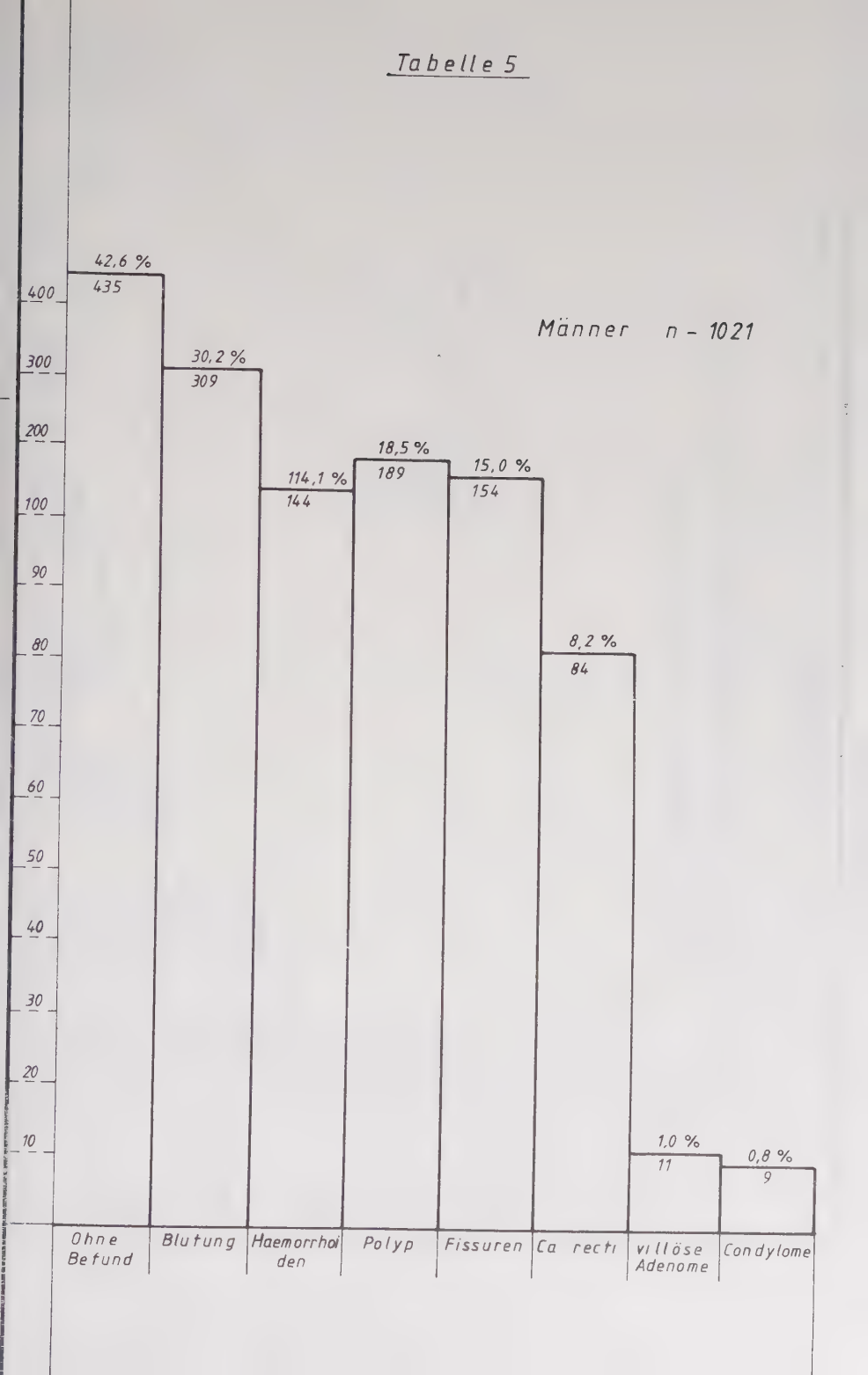

Männer n - 1021
42,6 %
435
30,2 %
309
114,1 %
144
18,5 %
189
15,0 %
154
8,2 %
84
1,0 %
11
0,8 %
9
400
300
200
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
Ohne Befund
Blutung
Haemorrhoiden
Polyp
Fissuren
Ca recti
villöse Adenome
Condylome

Tabelle 6

% Vergleiche erhobener Befunde bei Rektoskopien

von M. Bergmann u. Christel Engel (25)

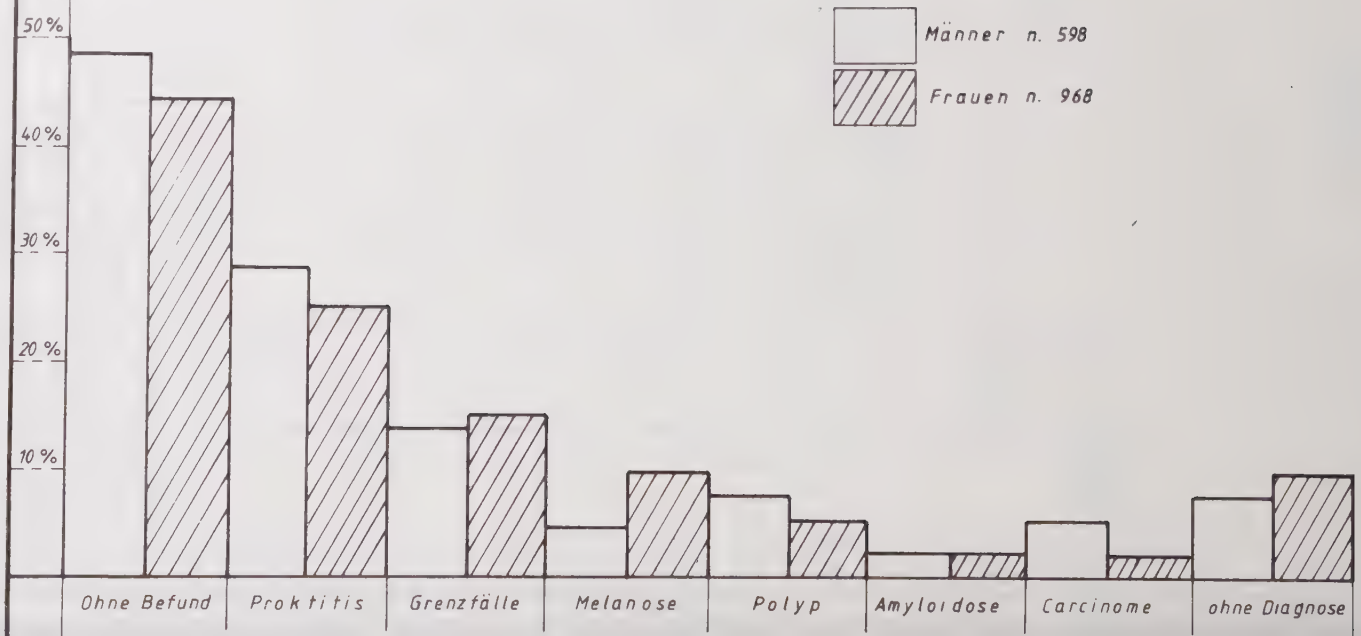


Tabelle 7

% Vergleiche erhobener Befunde bei Rektoskopien

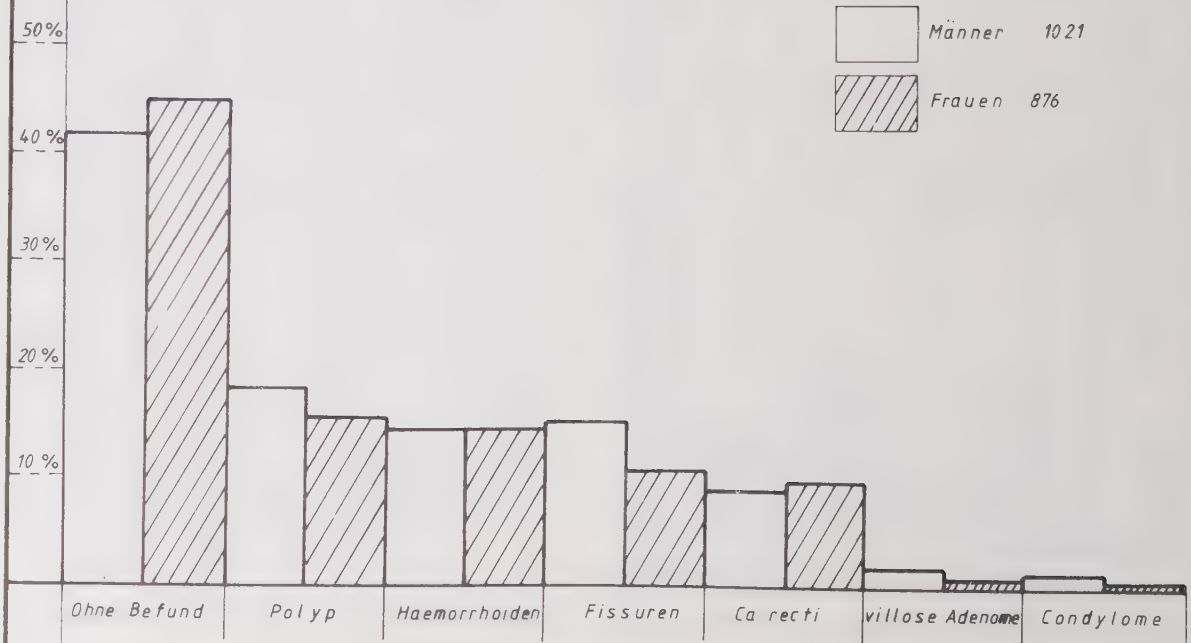


TABELLE 8

PATHOLOGISCHE ENDOSKOPISCHE BEFUNDE BEI 636 (38 %) VON 1665 UNTERSUCHTEN PATIENTEN. (Veres, Berghoff) (26)

DIAGNOSE	ZAHL DER FÄLLE	MÄNNER	FRAUEN
Karzinom	7		
Polyp	3o4	77 %	23 %
Proktitis	127	74 %	26 %
Melanosis Coli	77	38 %	62 %
Analfissur	47		
Fistel	21		
Colitis chronica	2o		
Colitis ulcerosa	1		
Perianalthrombose	19		
Ulcus simplex	7		
Divertikulose	5		
Weber - Oslersche Krankheit	1		

PATHOLOGISCHE ENDOSKOPISCHE BEFUNDE BEI 1o68 (56, 3 %) VON 1897 UNTERSUCHTEN PATIENTEN (KRANKENHAUS KLEVE/PRAXIS)

DIAGNOSE	ZAHL DER FÄLLE	MÄNNER	FRAUEN
Haemorrhoiden	268	53, 7 %	46,3 %
Polyp	325	58, 2 %	41,8 %
Fissur	247	62, 3 %	37,7 %
Rectum- Carcinom	169	49, 7 %	5o,3 %
Villöses Adenom	14	78, 6 %	21,4 %
Condylomata	11	81, 8 %	18,2 %

TABELLE 9

AUFGLIEDERUNG DER PATHOLOGISCH - ENDOSKOPISCHEN BEFUNDE NACH ALTER DER PATIENTEN (VERES, BERGHOFF) (26)
(Insgesamt 1 665 Rektoskopien)

ALTER	HYPERPL. POLYPEN	ADENOMAT. POLYPEN	POLYPEN OHNE BIOPSIE	ADENOVILL. POLYPEN	KARZINOIDE	ANGIO-FIBROM	FIBROME	GESAMT	F	M
3o - 35	-	-	1					1	1	o
36 - 4o	2	2						4	o	4
41 - 45	2	4	3					9	2	7
46 - 5o	9	7	3					18	2	16
51 - 55	31	27	23	3	2		1	87	19	68
56 - 6o	38	47	21	3	1	1		111	38	73
61 - 65	28	28	16	2				74	9	65
GESAMT	1o9	115	67	8	3	1	1	3o4	71	233

TABELLE 1o

AUFGLIEDERUNG DER PATHOLOGISCH - ENDOSKOPISCHEN BEFUNDE NACH ALTER DER PATIENTEN (Eigene Untersuchungen)
(Insgesamt 247 Rektoskopien)

ALTER	HYPERPL. POLYPEN	ADENOMAT. POLYPEN	OHNE BIOPSIE	ADENOVILL. POLYPEN	CARCINOID	ANGIO-FIBROM	PSEUDO-POLYP	PRAECAR-CINOIDE	FIBROM	M	F	GES.
1 - 1o			2							2	-	2
11 - 2o	1									1	-	1
21 - 3o	3						2		1	4	2	6
31 - 4o	17									11	6	17
41 - 5o	22	15					2			26	13	39
51 - 6o	28	38		3		1				43	27	7o
61 - 7o	41	4o		9						49	41	9o
71 - 8o	22	47		2						36	29	65
81 - 9o	1o	18								19	9	28
91 - 1oo		1								-	1	1
GESAMT	144	159	2	14	--	1	4	--	1	191	128	319

TABELLE 11

AUFGLIEDERUNG DER GEFUNDENEN MALIGNOME
NACH HISTOLOGISCHEN BEFUNDEN

HISTOLOGISCHER BEFUND	AMB.	STAT.	GESAMT
Ovarial- Carcinom	-	2	2
Uterus- Carcinom	-	4	4
Sarkom	-	3	3
Zylindrozelluläres Carcinom	-	2	2
Stroma Sarkom	1	-	1
Malignes Lymphom vom Lymphoblasten-Typ	1	1	2
Plattenepithel- Carcinom (Analhaut)	1	2	3
Zentrozystisches Lymphom	1	-	1
Anaplastisches Carcinom	1	-	1
Cirrhöses Adenocarcinom	-	2	2
Siegelring Adenocarcinom	-	1	1
Villöses Adenom mit carcinomatöser Entartung	3	4	7
Carcinomatös entartete Polypen	5	5	1o
Adenocarcinome	6o	7o	13o
Gesamtzahl	73	96	169

In der Tabelle 8 erfolgt die Aufgliederung der pathologischen Endoskopiebefunde nach Männern und Frauen und zwar einmal die Untersuchungsergebnisse von VERES, BERGHOFF, (26) und zum anderen die Ergebnisse eigener Studien aus dem Krankenhaus Kleve und aus eigener Praxis.
Die Tabelle 9 zeigt dann die Aufgliederung der pathologischen Endoskopiebefunde nach Alter der Patienten (VERES, BERGHOFF) (26), die Tabelle 1o gibt dann einen Aufschluß über die in eigener Praxis erhobenen pathologischen Endoskopiebefunde, ebenfalls aufgegliedert nach Alter der Patienten.
Eine Aufgliederung der bei den Untersuchungen im Krankenhaus Kleve und in eigener Praxis gefundenen Carcinome nach histologischen Befunden ist aus der Tabelle 11 zu entnehmen.

DISKUSSION DER EIGENEN ERGEBNISSE IM VERGLEICH MIT FREMDERGEBNISSEN

Grundlage meiner Untersuchung waren 1 897 Rektoskopien, die in den Jahren 1972 - 198o als ambulante oder stationäre Untersuchungen im St. Antonius- Hospital Kleve sowie in meiner internistischen Praxis in Rees registriert wurden.
In unserem unausgewählten Krankengut lag die Zahl der Polypträger bei 325 (17, 2 %) und damit höher gegenüber den Literaturangaben, die eine Häufigkeit von Rectumpolypen mit etwa 1o % angeben.
Die Anzahl der Patienten mit potentiellen, praecancerös geltenden Polypen im Rectum- Sigmoidalbereich liegt in unserem unausgewählten Krankengut höher als erwartet. Schließlich ist den unerwartet gefundenen Carcinomen im Frühsta-

dium (8, 9 %) eine besondere Bedeutung beizumessen.

Die operative Therapie ist in der letzten Zeit verbessert worden, Operations- Rezidive wurden deutlich gesenkt.Nach den Literaturangaben können derzeit nur 65 % aller Patienten mit Rektum- Krebs operiert werden, da von der Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchungen nicht genügend oft Gebrauch gemacht und der Krebs somit noch immer zu spät erfaßt wird. (26) Nach Anderen Angaben sind die derzeit erreichbaren Ergebnisse noch nicht zufriedenstellend (26).
In der Bundesrepublik Deutschland lag 1967 bei den Todesursachen der Dickdarmkrebs nach Magen- und Lungenkrebs an 3. Stelle.
Bösartige Neubildungen zeigen in den letzten Jahren eine deutlich ansteigende Tendenz. Mit zunehmendem Alter nehmen die Sterbefälle beim Diackdarmkrebs stark zu; so entfallen beispielsweise bei den 45 - 5o jährigen Menschen 1o, 4 % und bei den 65 - 7o jährigen 92, o % Todesfälle auf 1oo ooo Einwohner, ein Anstieg als um das Neunfache bei einer Alterszunahme von 2o Jahren. (62)
Etwa 7o % aller Dickdarmcarcinome sind rektoskopisch erreichbar. (62) Diese Zahlen beleuchten die Aktualität der anstehenden Fragestellung.
Von Januar 1972 bis Oktober 198o wurden 1 o21 Männer und 876 Frauen rektoskopiert. Polypenveränderungen fanden sich bei 325 Patienten, entsprechend 17, 2 % aller Rektoskopien. Der Anteil der Männer lag dabei mit 1o, o % wesentlich höher als der der Frauen mit 7, 2 %. Mit zunehmendem Alter nahmen die polypösen Veränderungen bei Frauen und Männern bis zum 9o. Lebensjahr deutlich zu. Im gesamten Kollektiv

zeigen sich nach KANZLER UND MITARBEITER (62) bei bis zu 5o jährigen Patienten nur 5, 6 % polypöse Veränderungen und o, o6 % Carcinome; dagegen bei den über 5o jährigen Patienten 14 % polypöse Veränderungen und o, 6 % Carcinome. Invasive Carcinome wurden bei bis zu 4o jährigen Patienten in O %, bei 41 - 5o jährigen in o, 13 %, bei 51 - 6o jährigen in o, 44 %, bei 61 - 7o jährigen in 1, o8 % und bei über 7o jährigen Patienten (geringe Fallzahl !) in O %, d. h. insgesamt in o, 3 % aller Rektoskopien festgestellt.

Insgesamt fanden sich 385 Fälle mit adenomatösen Polypen, 52 adenovillöse Mischtypen, 39 mit villösen Polypen, 16 mit invasiven Carcinomen sowie je ein Fall von Carcinoid und Leiomyom. Multiple Polypen zeigten sich bei 71 der 494 Patienten (14, 4 %), 3 von 54 villösen Polypen enthielten ein invasives Carcinom, entsprechend 5, 6 %. (62)

Nach meinen Untersuchungen zeigten sich im Gesamtkollektiv bei den 31 - 4o jährigen Patienten o, 9 % polypöse Veränderungen und o, o5 % Carcinome; bei den 41 - 5o jährigen 2, o % polypöse Veränderungen und o, 63 % Carcinome; bei den 51 - 6o jährigen 3, 7 % polypöse Veränderungen und 1, 5 % invasive Carcinome; bei den 61 - 7o jährigen waren die polypösen Veränderungen mit 5, 1 % und die Carcinome mit 2, 2 % vertreten. Bei den 71 - 8o jährigen Patienten waren 3, 4 % polypöse Veränderungen und 2, 8 % invasive Carcinome vertreten, bei den 81 - 9o jährigen die polypösen Veränderungen mit 1, 43 % und die Carcinome mit 1, 7 %, bei den 91 - 1oo jährigen die polypösen Veränderungen mit o, o5 % und die Carcinome mit o, 1 % vertreten. Dabei war zu beobachten, daß bei der Altersgruppe von 5o bis 1oo

Jahren mehr die polypösen Veränderungen überwogen, bei den Carcinomen die Fälle aber gleich waren.
Bei meinen Untersuchungen konnte ich 4 Fälle verfolgen auf der Basis eines Rektum- Polypen, der abgetragen wurde. In Abständen von 3 Monaten wurden Kontroll- Rektoskopien durchgeführt, wobei sich immer normale Befunde zeigten. Nach 3 Jahren kam es zur erneuten Polypbildung, die mit der elektrischen Schlinge abgetragen wurde und bei der es sich histologisch um ein villöses Adenom handelte. Bei der Kontroll- Rektoskopie nach 3 Monaten ergab sich dann ein papilläres Adeno- Carcinom.
In einem anderen Fall konnte beobachtet werden, wie sich auf der Basis eines retropertonealen Abszesses aus einem histologisch nachgewiesenen sarkomatösen Geschehen ein endometrioses Stromasarkom entwickelte, das nach Behandlung mit Röntgenstrahlen zum Stillstand kam.
Außerdem konnte ich bei den rektoskopischen Untersuchungen Carcinoma uteri wie auch Carcinoma ovarii mit Einbruch ins Rectum beobachten.
Praktisch stellt sich die Frage nach der Effektivität der Digitaluntersuchung. In unserem Krankengut konnten die rektoskopisch festgestellten polypösen Veränderungen bei der Abtastung mit dem Finger nur vermutet werden. Nach KANZLER (62) waren es nur 4 % Adenome, 8 % adenovillöse Mischtypen, 8 % der villösen Polypen und 25 % Carcinome.
Nach KANZLER ereigneten sich bei 5 4oo Rektoskopien insgesamt 7 mal Komplikationen (o, 13 %), sie traten jedoch lediglich in der Gruppe der Rektoskopien mit Biopsien oder Polypabtragung auf und bestanden aus z. T. schweren, jedoch

sämtlich konservativ beherrschbaren Blutungen nach ambulant durchgeführter Biopsie oder Abtragung von über 1o mm großen Polypen. (62)

Bei unserem Patientengut ereigneten sich keine Komplikationen, denn die Rektoskopien wurden immer in Gegenwart eines Facharztes, Chef- oder Oberarztes oder in der Praxis eines Internisten durchgeführt. Größere Polypen von über 1o mm Größe wurden stationär abgetragen, um Blutungen zu vermeiden bzw. zu erkennen.

Insgesamt kommen wir zu folgender Schlußfolgerung:

1.) Der Beginn mit Vorsorgeuntersuchungen auf Dickdarmkrebs mit dem 4o. Lebensjahr erscheint mir sinnvoll.
2.) Da die Gefahr besteht, daß sich hinter polypösen Veränderungen ein Carcinom verbirgt, sollte jeder Polyp abgetragen und histologisch untersucht werden.
3.) Die digitale Untersuchung des Enddarmes kann nur als eine begrenzt wirksame Methode zur Früherkennung von Dickdarmkrebs betrachtet werden.
4.) Die Rektoskopie ist eine sichere Untersuchungsmethode in der Hand eines Arztes, besonders des Gastroenterologen, mit der Voraussetzung, daß auf die Abtragung von Polypen, die größer als 1o mm sind, während der Routine- Rektoskopie verzichtet wird. Diese Polypen sollten von Proktologen und unter stationärer Beobachtung entfernt werden.
5.) Alle Rectum- Carcinome sind rektoskopisch zu erreichen. Da bei systematischer Früherfassung zu 89 % eine Heilung über 5 Jahre erzielt werden konnte, ist die Rektoskopie eine wirksame Methode zur Bekämpfung des Dickdarmkrebses, und das nicht nur zur Früher-

kennung, sondern auch zur Verhütung des Dickdarmkrebses. Somit ist theoretisch und aufgrund langfristiger Beobachtungen an großen Kollektiven (62) mit einem geringeren Auftreten von Carcinomen in rektoskopisch erreichbaren Darmabschnitten zu rechnen.

ZUSAMMENFASSUNG

1.) Ziel der Arbeit

Aus der einschlägigen Literatur ist bekannt, daß bei Dickdarmerkrankungen die bösartigen Neubildungen eine deutlich ansteigende Tendenz aufweisen. Außerdem ist bekannt, daß z. B. in der Bundesrepublik Deutschland 1967 der Dickdarmkrebs an 3. Stelle (hinter Magen- und Lungenkrebs) bei den Todesursachen lag. Dabei nehmen die Sterbefälle mit zunehmendem Alter der Patienten stark zu.
Ziel meiner Untersuchungen war nun, aus einem möglichst reichhaltigen Patientengut die Ergebnisse rektoskopischer Untersuchungen zu fixieren und die pathologischen Befunde nach Häufigkeit des Auftretens sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Altersgruppen der Patienten zu analysieren.

2.) Material und Ergebnis der Untersuchungen

Aus dem Zeitraum von 1972 bis 198c konnte ich aus einem unausgewählten Krankengut von insgesamt 42. 351 Patienten 1. 897 Rektoskopien auswerten (1. o21 Männer / 876 Frauen), bei denen sich neben anderen pathologischen Veränderungen vor allem bei 325 Patienten (= 17, 2 %) polypöse Veränderungen fanden. Dabei waren diese Veränderungen bei den

Männern mit 3 % wesentlich häufiger vertreten als bei den Frauen. Im gleichen Zeitraum ergaben sich bei insgesamt 169 Patienten (= 8, 9 %) Carcinome im Dickdarmbereich, an denen die Frauen (5o, 3 %) und die Männer (49, 7 %) fast gleichmäßig beteiligt waren.

Bei meinen Untersuchungen konnte ich feststellen, daß die polypösen Veränderungen bei Frauen und Männern mit zunehmendem Alter bis etwa zum 9o. Lebensjahr steigende Tendenz aufwiesen und dabei in der Altersgruppe 5o - 1oo Jahre mehr die polypösen Veränderungen überwogen, während die Fälle mit Carcinomen in etwa konstant blieben.

Besonders bemerkenswert ist jedoch, daß die Gefahr carcinomatöser Entartung jeder Art von polypösen Veränderungen sehr groß ist, wie ich bei insgesamt 4 Behandlungsfällen beobachten konnte. In einem Fall hatte sich z. B. selbst bei Kontrollen über einen längeren Zeitraum nach 3 Jahren aus polypösen Veränderungen ein papilläres Adenocarcinom entwickelt. In den anderen Fällen hatten sich erst nach einem längeren Zeitraum aus primär gutartigen Polypen Carcinome entwickelt.

3.) Schlußfolgerung

Die Tatsache, daß operative Behandlungsmaßnahmen in letzter Zeit immer wieder verbessert und die Operations- Rezidive gleichzeitig gesenkt werden konnten, hingegen aber laut Literaturangaben derzeit nur etwa 65 % aller Patienten mit Rectum- Carcinomen operiert werden, läßt vermuten, daß von den Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen immer noch zu wenig Gebrauch gemacht wird. Somit werden die Krebserkrankungen immer noch zu spät erkannt.

Dabei sind die rektoskopischen Untersuchungen, ausgeführt durch einen erfahrenen Arzt, für den Patienten im allgemeinen ohne große Unannehmlichkeiten. Komplikationen, z. B. bei Polypabtragungen, ergeben sich nur äußerst selten.

Hingegen sind die Aussichten, durch entsprechende Therapie die bei den Rektoskopien frühzeitig gefundenen Rectumcarcinome wirksam zu bekämpfen, sehr groß (bis zu 89 % mit einer Heilung über einen Zeitraum von 5 und mehr Jahren).

Somit möchte ich behaupten, daß intensive Aufklärungsmaßnahmen, frühzeitiger Beginn mit Vorsorgeuntersuchungen auf Dickdarmkrebs (schon ab dem 4o. Lebensjahr !) und die meines Erachtens im Rahmen dieser Untersuchungen unbedingt erforderlichen Rektoskopien dazu beitragen können, Dickdarmerkrankungen und besonders sämtliche Formen bösartiger Tumorbildungen frühzeitig zu erkennen bzw. zu verhüten und die Patienten mit entsprechenden Maßnahmen wirksam zu behandeln. Da eine große Gefahr besteht, daß sich hinter polypösen Veränderungen ein Carcinom verbirgt, sollte jeder Polyp abgetragen und histologisch untersucht werden.

Während die digitale Austastung des Enddarmes, früher einzige Form der rectalen Untersuchung, nur begrenzt wirksam ist, muß die Rektoskopie als wirksamste Methode der Früherkennung im Kampf gegen den Dickdarmkrebs betrachtet werden, da durch sie praktisch alle Rectum- Carcinome erfaßt werden können, soweit sie in rektoskopisch erreichbaren Darmabschnitten auftreten.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

o1	A. Neiger	Atlas der praktischen Proktologie - 196o -
o2	E. Lesky	Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert; Studien zur Geschichte der Universität Wien / Vol. VI, Böhlaus Nachf., Graz-Köln 1965
o3	R. Bensaude	Rektoskopie - Sigmoidoskopie / Masson, Paris 1956
o4	K.F. Dietrich	Proktologie für die Praxis/ Lechmanns, München 1969
o5	E. Hafler	Praktische Gastro- Enterologie, 4. Auflage/ Thieme, Stuttgart 197o
o6	W. Roschke	Die proktologische Sprechstunde, 2. Auflage, Urband / Schwarzenberg München-Berlin-Wien 69
o7	M. Salgesser	Die chirurgischen Erkrankungen des unteren Mastdarmabschnittes des Erwachsenen, in: Spezielle chirurgische Therapie, 8. Auflage, p 672 / Huber, Bern- Stuttgart 1972
o8	H. Strinemann F. Haller	Erkrankungen von Rektum und Analkanal /Huber, Bern- Stuttgart- Wien 197o
o9	S.G.Schewe,W.Feifel, Holdwein et al.	Haemoccult-Test bei colorectalen Tumoren/ Dtsch.med.Wschr. 1o4 / 1979
1o	R. Ottenjann	Atlas der Koloskopie/ Enke Verlag Stuttgart 198o
11	H.C.Heinrich	Frühdiagnostik kolorektalen Karzinoms, Diagnostische Treffsicherheit des Okkult-Tests im Stuhl im Rahmen der Krebsvorsorge-untersuchung /Dtsch.med.Wschr.1o5 (198o),49o (Leserzuschrift)
12	R.G.Norfleet K.Rhodes, Saviage	False positive hemoccult reaction with cimetidine,New Engl.I.Med. 3o2(198o), 467 (correspodence)
13	D. Bokelmann, H.K.Drüner,K.Schulz	Klinik und Prognose der Kolon- und Rektum-karzinome,Dtsch.med.Wschr. 97, 159o(1972)
14	H.G. Knoch,E.Kamenz	Proktologische Probleme der täglichen Praxis, Dtsch.Gesundheitswesen 27 (12o1) 1972
15	H. Lösel	Erkrankungen des Anal- Rektalbereiches und ihre Behandlung/ Med.Klin.63, 1389 (1968)
16	W. Roschke,H. Krause	Proktologische Diagnostik/Fortschr.Med. 85, 684 (1967)
17	Peter Otto, Klaus Ewe	Atlas der Rektoskopie und Coloskopie/Spinger Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1976
18	P.Alken, E.Ungeheuer	Die Bedeutung der Rektoskopie in der Praxis DÄ 47 34o4 (1974)

19	W. Bergmann	Zur Endoskopie des Rektums und Kolons, Neuerungen, Methodik, Ergebnisse/ z.Allgemein Med. 6. 292 (1974)
2o	M. Demling, Classen, P. Frühmorgen	Atlas der Endoskopie / Berlin- Heidelberg-New York, Springer 1974
21	J. Zeus	Fortschr.Med. 91 Jg.(1973) Nr. 26
22	H.H. Heißmeyer	Indikationen, Ergebnisse und Grenzen einer Methode / Z.Allgemein. med. 51 / 1975
23	S. Witte/ J. Haugg	Die diagnostischen Aussagemöglichkeiten der Rektumzytologie im Vergleich zur Rektumbiopsie und Rektoskopie/ Z.Gastroenterologie 9 (1971) 229 - 236
24	Roschke und Krause	Erweiterte Krebsvorsorge mit der Routine-Rektoskopie? / Z.Allgemeinmed.:48 / 1972
25	M. Bergmann und Christa Engel	Ergebnisse von 1566 bioptisch-proktologischen Untersuchungen/Dtsch.Z.Verdau.-und Stoffwechselkr./Band 33 (1973) Heft 3
26	R.Veres,A.Berghoff	Ergebnisse rektoskopischer Untersuchungen am unausgewählten Krankengut/Med.Klin. 74(1979) 449 - 452 (Nr. 12)
27	W. Roschke	Die proktologische Sprechstunde/ U R S Taschenbücher, Urban Schwarzenberg 1976
28	Peter Otto,Klaus Ewe	Atlas der Rektoskopie und Coloscopie 1977/ Springer Verlag,Berlin-Heidelberg-New York
29	H. James,Leo d. Mac	A Method of Proctology, Medical Department, Harper Co, Row, Publishers Hagerstown,Maryland, New York, San Francesco, London
3o	Klaus Lederbogen	Rektoskopie- Sigmoidoskopie- Koloskopie/ Thieme-Verlag, Stuttgart 1979
31	Siegfried Kügler	Praktische Proktologie/ Thieme Verlag Stuttgart 1976
32	A. Neiger	Atlas der praktischen Proktologie, Verlag Hans Huber, Bern- Stuttgart- Wien 1
33	H. Dollinger	Rektoskopische Befunde bei der Colitis ulcerosa/Med.Welt 23/Heft 4 1972
34	Till Höfs und Fritz-Dieter Kleine	Ein Zusatzgerät für Rektoskopien/ Z.ärztl. Fortbild. 7o Jg. / H. 21
35	J.Euler-Rolle, U.Wayand,B.Fischer	Zwischenfälle bei diagnostischen Untersuchungen in der kolorektalen Region/Ergebnisse der Angiologie,Band 18/F.K.Schattauer Verlag, Stuttgart- New York

36	P. Reisky	Das Einmal- Proktoskop in der Krebsvorsorge für Männer/ Med.Welt, 25 / Heft 5 - 1974
37	R. Zastrow u. W. Moldenhauer	Stellenwert von Röntgenuntersuchung, Rektoskopie und Koloskopie in der Diagnostik der wichtigsten Dickdarmerkrankungen Dt.Z.Verdau.-und Stoffwechselkr. 37(1977) S 167 - 173
38	R. Ottenjann, E.Frimberger,J.Weingart und R. Busse	Die Bedeutung der Rectoskopie als diagnostische und therapeutische Methode/Internist 17. 2o9 - 213 (1976)
39	Johs. Kjeldstrup Kristensen	Pneumatosis cystoides intestinalis/ Acta Chir Scand 14o: 151 -5o4, 1974
4o	R. Baumgartner	Optische und instrumentelle Hilfen bei der Rektosigmoidoskopie/ Z.Gastroenterologie 1o (1972) 636
41	W. Reinhart,B. Hammer und W.Sonnabend	Transitorische Bakteriämie bei Rektoskopie/ Z. Gastroenterologie 16 / 1978
42	Peter Heeg	Keimverbreitung im Operationssaal nach Rektoskopie / Med.Klin. 71(1976),Nr. 4o
43	P. Frühmorgen	Kolon- Kontrasteinlauf nach Rektoskopie/ Dtsch.Med.Wsch. 1o3 / 1978
44	O. Stadelmann, S. E. Miederer, A.Löffler u. R. Müller	Endoskopische Polypektomie/ Fortschr.Med., 91. Jg. (1973) Nr. 29
45	M. Dorn,Lindenberg	Das Einmal- Proktoskop in der Krebsvorsorge für Männer/ Med. Welt 24 / Heft 38 (1973)
46	G. Piekarski	Parasitenübertragung durch Endoskope / Dtsch. Med. Wsch. 1oo / 1975
47	A. Anders	Zur Vorbereitungen von Rektoskopien / Fortschr.Med. Nr. 16 66 (1974)
48	W. Reinhart,B.Hammer, W.Sonnabend	Transitorische Bakteriämie bei Rektoskopie/ Schweiz.med.Wsch.1o8,Nr.4o(1978)
49	T. Kozu,P.Deyhle, M.Classen,H.Koch und L. Demling	Neue Verfahren für die Intestinoskopie/Dtsch. Med. Wsch. - 95 (197o)
5o	Th.O.Lindenschmidt, D. Hempel und H. G. Zimmermann	Elektroresektion des stenosierenden Rektum-Carcinoms/ Chirurgy 48 - 343 - 344 (1977)
51	H.Koch,U.Schiller, H.Rauschecker	Technische Erleichterung bei der Rekto-Sigmoidoskopie/ Dtsch.Med. Wsch. 98 (1973)

52	L.Ritter,I.Szanto	Ein selten vorkommender rektoskopischer Irrtum/Schweiz.Rundschau,Med.Praxis 62(1973)
53	H. Triska	Zur Frage der Entscheidung zwischen Rektoskopie und Koloskopie/Wiener med.Wsch.129/1979
54	Mihaly Fehér	Über ein neuartiges Rektoskop/ Tiydschr.Gastroenterol. 19 / 1976
55	W.Wagner,W.Schellerer, P.Hermanek	Rektoskopische Höhenlokalisation des Rektumkarzinoms/Münch.med.Wschr. 12o(1978),Nr.7,21
56	M. Garlipp	Sigma- und Rectumperforation als Folge diagnostischer Eingriffe am Enddarm/Z.ärztl. Fortbild. 7o.Jg. H 1o
57	K. Reinhardt	Retropneumoperitoneum und Pneumomediastinum im Anschluß an die Rektoskopie / Fortschr. Röntgenstr.131, 1 (1979)
58	R.Sander,H.Pösl, M.Pfeiffer	Totale Koloskopie mit kurzen Koloskopen-Erfahrungen mit dem ACM(Wappler)-Gerät F9S / Leber, Magen, Darm 8, Nr. 1(1978) 38- 42
59	W. Bergemann	Zur Endoskopie des Rektums und Kolons/ Z. Allgemein. med. 5o / 1974
6o	Karl-Heinz Kratzsch und Werner Büttner	Die Bedeutung der Rektumschleimhautbiopsie für die Diagnose und Beurteilung der unspezifischen Proktitis/Ein Vergleich rektoskopischer und histologischer Befunde/ Zschr. inn.Med.,Jg. 28 (1+73), Heft 17
61	R. Ottenjann	Zitat n. Kurs über Endoskopische Polypektomie/ München, Neurperlach 2o1o/ 1976
62	Kanzler, G. Beck, K.Gruner, H.J.Ottenjann,M.Remmele und M.Strauch	Rektoskopie als Vorsorgeuntersuchung? Aus der Deutschen Klinik für Diagnostik, Wiesbaden

HERRN PROF. DR. MED. ERNST MARX, CHEFARZT DER CHIRURGISCHEN ABTEILUNG DES ST. ANTONIUS - HOSPITALS KLEVE, MÖCHTE ICH FÜR DIE ÜBERLASSUNG DES THEMAS UND FÜR DIE FREUNDLICHE BERATUNG BEI DER ABFASSUNG DER ARBEIT MEINEN HERZLICHEN DANK SAGEN.

L E B E N S L A U F

Am 13. Mai 1935 wurde ich als Sohn der Eheleute, des Schlossers Alfred Golz und seiner Frau Anna, geb.Buchta, in Hindenburg O/S geboren.

Von 1942 bis 1949 besuchte ich die Volksschule in Hindenburg (Zabrze) und von 1949 bis 1953 das Chemische Gymnasium in Hindenburg.

Von 1953 bis 1956 war ich Schüler der Medizinischen Fachoberschule in Laurahütte (Siemianowice) und legte 1956 mein Fachabitur ab.

Am 1. Juli 1956 begann ich mit meiner Tätigkeit auf verschiedenen Posten im Gesundheitsamt Gleiwitz (Gliwice).

Am 1. Dezember 1961 begann ich mit meiner Tätigkeit im Institut für Toxycologie in Bergbau und Stahlwerk in Hindenburg (Zabrze).

Am 1. Oktober 1962 begann ich mein Studium an der Schlesichen Medizinischen Hochschule in Hindenburg (Z abrze) und legte dort am 17. September 1968 mein Staatsexamen mit der Note " gut " ab.

Von September 1968 bis September 197o absolvierte ich meine Medizinalassistentenzeit in Gubin und Löwenberg (Lwoweks'e).

Vom 1. Oktober 197o bis Juli 1975 erhielt ich meine Fachausbildung in der Inneren Medizin in Breslau (Wroclaw) bei Herrn Prof. Dr. med. Stanislaw Gruszka.

Am 1o. Juli 1975 flüchtete ich mit meiner Familie in die Bundesrepublik Deutschland und begann ab 1. September 1975 erneut mit meiner deutschen Fachausbildung in mehreren Krankenhäusern.

Nach Abschluß der Fachausbildung war ich als Oberarzt im Ev. Krankenhaus in Plettenberg tätig.

Am 1. Oktober 1979 machte ich mich in Rees als Arzt für Innere Medizin selbständig.

Ich bin verheiratet und habe 3 Kinder.

Helmut Golz